



BUNDESVERBAND
GERIATRIE

**Dann eben ab ins Heim...
Muss das wirklich sein?
Rehapotenzial bei Pflegebedürftigen
– das ungenutzte Potenzial**

**07.05.2010
Berlin**

Dirk van den Heuvel

Worüber reden wir - Grundlagen:

Gesetzliche Grundlage in mehreren Sozialgesetzbüchern:

- § 11 SGB V
 - § 4 SGB IX
 - § 8 SGB IX
 - §§ 5, 18, 31 SGB XI
- ➔ § 87a SGB XI: Honoriert aktivierende bzw. rehabilitative Maßnahmen, die zu einer Verminderung der Pflegebedürftigkeit bzw. Rückstufung innerhalb der Pflegestufen führen
- ➔ GKV-WSG: § 40 Abs. 3 SGB V: Rechtsanspruch auf Reha wird - noch einmal gesondert - festgeschrieben (Blickrichtung: Insbesondere geriatrische Rehabilitation)

Worüber reden wir - Grundlagen:

- Reha statt Pflege ist medizinische Reha
- Med. Reha (inkl. Vorsorge) = 1,5% der Ausgaben der GKV
- Dies entspricht 2,56 Mrd. Euro
- ~ 1 Mio. Fälle (Vorsorge und Reha)
 - 559.248 AHB/AR
 - 124.024 Stationäre Reha (ohne AHB/AR)
 - 70.827 Ambulante Reha
- Leistungsempfänger gesetzliche Pflegeversicherung
 - ~ 0,72 Mio. im Bereich der stationären Versorgung
 - ~ 2,1 Mio. in allen Versorgungsbereichen
- Leistungsausgaben der gesetzlichen Pflegeversicherung
 - ~ 9,3 Mrd. Euro für den stationären Bereich
 - ~18,2 Mrd. Euro insgesamt

Grundsätzliche Voraussetzungen für Rehaleistungen:



BUNDESVERBAND
GERIATRIE

1. Rehabilitationsbedürftigkeit

Aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung droht/besteht nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Teilhabe

2. Rehabilitationsfähigkeit

Fähigkeit und Bereitschaft zur Teilnahme an der Rehabilitation

3. Positive Rehabilitationsprognose

Medizinisch begründete Wahrscheinlichkeit, durch Reha die Rehaziele zu erreichen

- ➔ In einem Antrag darzulegen
- ➔ Bei Pflegebegutachtung zu prüfen
- ➔ Wird vom Leistungsträger (Krankenkasse bzw. in deren Auftrag der Medizinische Dienst der Krankenkassen) bewertet

Grundlagen:

- ➔ „Rehabilitation hat auch das Ziel, drohende Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder bei bereits bestehender Pflegebedürftigkeit den Hilfebedarf zu reduzieren.“
- ➔ Bei ihren Pflegebegutachtungen prüfen die MDK-Gutachterinnen und -Gutachter auch, ob durch Rehabilitationsleistungen der Hilfebedarf vermindert werden kann.
Durch die Pflegereform 2008 wurde diese Aufgabe des MDK vom Gesetzgeber noch einmal bekräftigt.

Zwischenfazit:

- Gesetzliche Basis
- Strukturiertes Antragsverfahren
- Klarer Auftrag

➔ **Wo ist also das Problem?**

Vielleicht hier ... ?

1. Rehabilitationsbedürftigkeit

... „Das ist der normale Abbauprozess im Alter...“

2. Rehabilitationsfähigkeit

... „wie sollen wir mit dem Patienten denn eine Therapiesitzung machen?...“

3. Positive Rehabilitationsprognose

... „In dem Alter hat das keinen Zweck mehr...“

➔ In einem Antrag darzulegen

➔ Bei Pflegebegutachtung zu prüfen

➔ Wird vom Leistungsträger (Krankenkasse bzw. in deren Auftrag der Medizinische Dienst der Krankenkassen) bewertet

➔ Setzt 3x geriatrisches „Verständnis“ / Fachwissen voraus!!

Oder hier ?

- „Rehabilitation hat auch das Ziel, drohende Pflegebedürftigkeit zu verhindern, oder bei bereits bestehender Pflegebedürftigkeit den Hilfebedarf zu reduzieren.“
- Bei ihren Pflegebegutachtungen prüfen die MDK-Gutachterinnen und -Gutachter auch, ob durch Rehabilitationsleistungen der Hilfebedarf vermindert werden kann. Durch die Pflegereform 2008 wurde diese Aufgabe des MDK vom Gesetzgeber noch einmal bekräftigt.
- Nach Auswertungen des MDS werden jedoch „nur“ in 2% alle Fälle entsprechende Empfehlungen ausgesprochen
- Bei vielen Begutachtungen wird von vorne herein kein Ansatz für eine positive Rehabilitationsprognose gesehen. Die Einschätzung ausschließlich im Rahmen der einmaligen Begutachtung macht die Prognose sehr schwierig
- Wie groß muss der Zugewinn an Selbstständigkeit sein, damit sich die teure Reha „lohnt“?

Probleme – eine Auswahl...

Systempolitische Fehlanreize...

- Der finanzielle Aufwand einer „Reha vor Pflege-Maßnahme“ entsteht an anderer Stelle als der „Erfolg“ dieser Maßnahme (Krankenkasse <-> Pflegekasse)

fehlende Abstimmung der Maßnahmen...

- Die Zuständigkeiten sind in den einzelnen „Sektoren“ verteilt; somit ist es schwer eine abgestimmte Versorgung „aus einem Guss“ zu erreichen

Budgets setzen Grenzen

- Ausgabenbegrenzungen an einer Stelle verhindert (gesamt)wirtschaftliches Handeln in einem anderen Bereich

Probleme – eine Auswahl...

z.T. unzureichende Versorgungsstrukturen

→ notwendige Versorgungsangebote sind nicht flächendeckend verfügbar

Reha setzt einen Antrag voraus...

→ Wer stellt diesen Antrag und auf welcher medizinischen Grundlage? Lohnt sich der Antrag (Aufwand <-> Vergütung)?

z.T. unzureichende Aus- bzw. Weiterbildung (geriatriische Fachqualifikation)

→ sowohl im Bereich der „Versorgungssteuerung“ als auch bei der direkten Versorgung der Patienten

Spezieller Ansatz der geriatrischen Rehabilitation

Zur Erfassung der gesundheitlichen Gesamtsituation alter Menschen genügt es nicht, lediglich die ICD-Diagnosen festzustellen und zu dokumentieren. Notwendig ist vielmehr die Erfassung von Krankheitsfolgen, die die Alltagskompetenz des alten Menschen in seinem individuellen psychosozialen Kontext einschränken.

(BAR Arbeitshilfe zur ger. Rehabilitation)

Geriatrische Rehabilitation ist eine fachspezifische Rehabilitation für ältere Patienten, die insbesondere die Multimorbidität und die persönliche Lebenssituation des einzelnen Patienten in der Ausrichtung und Zielsetzung berücksichtigt. Im Mittelpunkt steht die Wiederherstellung der individuellen Selbstständigkeit und die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit.

→ Keine „Heilung“ im engeren Sinne

Spezieller Ansatz der geriatrischen Rehabilitation

Ziele der Geriatrische Rehabilitation:

- die Selbstversorgung des Patienten in häuslicher Umgebung (mit und ohne Hilfe) erhalten
 - Funktionsdefizite verbessern
 - mit Hilfsmitteln bleibende Behinderungen im Alltag kompensieren
 - Pflegebedürftigkeit solange und soweit wie möglich verhindern
-
- Die Angehörigen werden i.d.R. durch Beratung und Schulung in den Rehabilitationsprozess integriert
-
- ➔ Zielsetzung und Ausrichtung unterscheidet sich somit von der organspezifischen Rehabilitation

Spezieller Ansatz der geriatrischen Rehabilitation

- standardisierten Geriatrischen Assessments
 - spezielle Testverfahren zur „Bestandsaufnahme“ und Rehazielplanung
- Rehabilitation erfolgt durch ein Geriatrisches Team
 - therapeutischen Team aus Ärzten, Pflegekräften, Krankengymnasten, Ergotherapeuten, Logopäden, Masseurern, Bademeistern, Sozialpädagogen, Psychologen und Ernährungsberatern unter Leitung eines Geriaters (Arzt)
- regelmäßige Teambesprechungen – koordinierte Teamarbeit
- Einbeziehung der Angehörigen
- Entlassungsplanung
 - „Organisation“ eines sozialen Netzes für den Patienten, dass die medizinische, pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung der Patienten sichert

Zusammenfassung der Voraussetzungen:



BUNDESVERBAND
GERIATRIE

1. Der geriatrische Patient muss frühzeitig als ein solcher erkannt werden (Screening)
2. Sein individueller Behandlungsbedarf muss fachspezifisch ermittelt werden
3. Er muss seinem individuellen Bedarf entsprechend in geriatrischen Versorgungsstrukturen behandelt/rehabilitiert werden

Dies setzt voraus:

1. Geriatriespezifische Grundkenntnisse beim Hausarzt
 - Screening + Antragsstellung und Begründung für geriatrische Reha
2. Geriatrische Kompetenz beim MDK
 - Prüfung des Rehaantrages (im Auftrag des Kostenträgers) bzw.
 - Rehabilitationsabklärung im Rahmen der Pflegebegutachtung
3. „Geriatrisches Verständnis“ bei der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung (durch den Kostenträger)
4. Flächendeckende geriatriespezifische Versorgungsstrukturen

Flächendeckende geriatricspezifische Versorgungsstrukturen:

- Abgestimmtes flächendeckendes System qualitätsgesicherter, fachspezifischer Versorgungseinrichtungen:
 - Stationär
 - Teilstationär
 - Ambulant
 - Mobil
- Einbindung in ein „Netzwerk“ → „geriatischer Versorgungsverbund“
 - Therapeutisches Team in der Einrichtung
 - Einrichtungen ihrerseits bilden „Einrichtungsteam“

Problem:

- Auswahl der Rehabilitationseinrichtung (durch den Kostenträger) oft mit wenig fachlichem Hintergrund oder „preisorientiert“ (der Preis entscheidet)
- Flächendeckende geriatricspezifische Versorgungsstrukturen sind aufgrund des wirtschaftlichen Drucks (hoher Personaleinsatz) bedroht

Fazit:

- Reha vor Pflege elementarer Grundsatz in der politischen/rechtlichen Ausgestaltung des Gesundheitssystems
- Bei der Umsetzung in der Praxis ergeben sich an mehreren Stellen des Versorgungssystems Problemfelder:
 - A) Versorgungspolitisch entstehen Fehlanreize:
 1. die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt die Rehakosten, während die Pflegeversicherung durch niedrigere Folgekosten von einer erfolgreichen Rehabilitation profitiert
 2. Betroffene/Angehörige „bängen“ bei erfolgreicher Reha um ihr Pflegegeld
 - B) In der konkreten Umsetzung fehlt es an geriatrischen Sachverstand
 - Bei der Prognose des möglichen Behandlungserfolges
 - Bei der Beschreibung des Rehabedarfes
 - Bei der Formulierung des Rehabilitationsziels
 - Bei der Identifizierung des Rehapotenzials ← !!

„Pflegebedürftigkeit vermeiden statt versichern ... „



BUNDESVERBAND
GERIATRIE

Soweit als Einstieg und erste Annäherung an das Thema –
ich freue mich auf die weitere Erörterung
und die Diskussion

RA Dirk van den Heuvel

Dirk.van-den-Heuvel@bv-geriatrie.de